

Tumores y quistes del ovario en las niñas

Drs. Julio Aguirre Fuentes*, Fernando Torres Kay*,
Jaime Cerda Sepúlveda* y David Mirkin Wexman**

Los tumores y quistes del ovario (T. Q. O.) constituyen una patología poco frecuente en las niñas (1). En los grandes Hospitales de niños en EE. UU. se describen de 1 a 4 casos por año. En revisiones anteriores de autores nacionales (2, 3, 10), se constata este mismo hecho. Cuando esta patología se presenta en los servicios de cirugía pediátrica o en los servicios de urgencia, crea con frecuencia problemas de diagnóstico y tratamiento, lo que nos ha motivado para revisar la experiencia del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Roberto del Río en los últimos 13 años.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron las historias clínicas de las enfermas que egresaron entre los años 1962 y 1975, con el diagnóstico de T. o Q. O., que tenían confirmación clínica en la intervención quirúrgica y clasificación histopatológica. Se encontraron 22 casos: 15 tumores y 7 quistes.

RESULTADOS

Para comprender mejor los resultados, hemos analizado las clasificaciones de los T. Q. O. adoptando un resumen de la clasificación práctica tomada de Novak-Jones (4)

CLASIFICACION

A. TUMORES BENIGNOS

1. *Quísticos*
 - a) No Neoplásicos (Q. folicular-Q. luteínico)
 - b) Neoplásicos (Cistoadenomas)
2. *Sólidos* (Fibroma-Linfangioma-Osteocondroma).

B. TUMORES MALIGNOS

1. *Quísticos* (Cisto Adeno Carcinoma)
2. *Sólidos* (Carcinoma-Teratoma-Sarcoma-Linfoma)
3. *Con potencial endocrino*
 - a) *Poco Malignos* (Disgerminoma-T. Cel. granulosa, Arrenoblastoma)
 - b) *Muy Malignos* (Corion epitelioma)
4. *Metastásicos*

En la muestra examinada se encontraron 15 casos de T. O.; de estos, 12 eran teratomas benignos y 3 tumores malignos, 1 tumor de células granulosa y 1 linfoma. (Tabla 1).

Quiste ovárico se encontró en 7 enfermas, de los cuales 6 eran Q. foliculares y 1 Q. seroso simple (Probablemente también folicular). (Tabla 1).

*Servicio de Cirugía Infantil, Hosp. Roberto del Río.

**Servicio de Anatomía Patológica, Hosp. Roberto del Río.

A. TUMORES (15 casos)

1. Teratomas (12 casos)

Son tumores sólidos, con cavidades quísticas, de tamaño pequeño o mediano derivados de células germinales y se caracterizan por estar formados por estructuras procedentes de las 3 capas embrionarias. (4) En nuestros casos todos tenían piel, pelos, hueso o cartílago, tejido nervioso, músculo o tejido respiratorio.

Tabla Nº 1
TUMORES Y QUISTES DEL OVARIO
(Hosp. R. del Río, 1962-1975)

Diagnóstico	Número de casos
Tumores benignos	12
Tumores malignos	3
Quistes	7
Total	22

A pesar de que los Teratomas se clasifican dentro de los Tumores Malignos (5), en nuestros 12 casos no se encontró en el estudio histo-patológico, signos de malignidad.

2. Tumores malignos

a) *Disgerminoma* (1 caso) Es un tumor sólido de pequeño tamaño, (aunque puede alcanzar grandes proporciones) derivado de células germinativas de temprano desarrollo embrionario, no tiene en general actividad endocrina y su malignidad es baja. Cura habitualmente con el tratamiento quirúrgico conservador, el que da una supervivencia de 80 a 90% a los 5 años (8).

b) *Tumor de células granulosas* (1 caso) Es un tumor sólido de pequeño, mediano o gran tamaño, de superficie lisa o abollonada, en general bien capsulado, de color gris amarillento y por ser derivado del estroma gonadal, tiene carácter funcionante (feminizante) (6).

c) *Linfoma* (1 caso) Tumor de muy escasa frecuencia entre los T. O. (7) y de gran malignidad, en nuestro caso se trataba de un tumor abollonado que invadía los órganos vecinos.

B. QUISTES (7 casos)

Los quistes Foliculares son estructuras quísticas no neoplásicas y funcionales que se desarrollan a partir de Foliculos atresicos. Su tamaño habitualmente es moderado y su evolución normal es a la reabsorción espontánea. En algunos casos, sin embargo, pueden complicarse y dar sintomatología aguda violenta (1).

Distribución por edades (Figura Nº 1).

En nuestra serie los T. Q. O. se encontraban en todas las edades, desde 1 R. N. de 17 días hasta los 14 años.

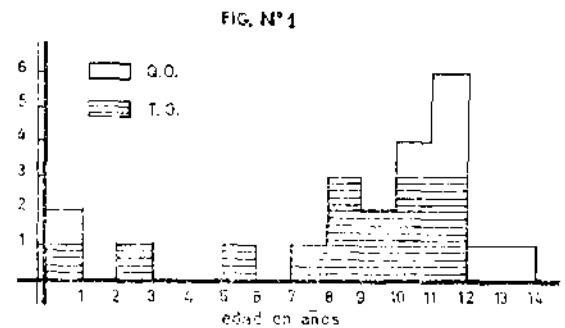


Figura Nº 1. Distribución por edades de tumores del ovario (T. O.) y quistes del ovario (Q. O.)

Los T. O. se encontraron con mayor frecuencia entre los 8 y 12 años y un 86% tenía más de 7 años. El caso de menor edad correspondió a un lactante de 9 meses, intervenido de urgencia por un Teratoma torcido.

Los Q. O. se presentan con mayor frecuencia entre los 10 y 14 años. El caso de un R. N. de 17 días correspondía a un quiste seroso que provocó una obstrucción intestinal.

Sintomatología (Tabla 2).

El cuadro clínico en general es simple y la historia gira en torno al dolor abdominal y la presencia de una masa tumoral (9).

Dolor

Estuvo presente en 21 de los 22 casos (94,5%) y se presentó en dos formas: a) dolor agudo,

Tabla 2

Síntomas	Número de casos
Dolor Abdominal	21
Tumor Abdominal	19
Vómitos	8
Fiebre	1
Constipación	1
Disuria	1

intenso, de tipo cólico, localizado en el abdomen inferior y frecuentemente referido a la F. I. D. de corta evolución (horas o días) y que no cede a analgésicos o antiespasmódicos. Este tipo de dolor está generalmente asociado a una complicación. b) dolor suave, moderado, intermitente o progresivo de evolución en días o meses. Este dolor corresponde al crecimiento de la masa tumoral o a la compresión de órganos vecinos.

Masa tumoral

Se encontró en el 100% de los Tumores y en el 57,1% de los quistes.

La tumoración abdominal fue notada por la enferma o familiares, o comprobado al examen físico de ingreso. En un caso constituye un hallazgo de examen al consultar la enferma por otra patología (amigdalitis ag.) en el Servicio de Urgencia.

La masa abdominal está representada por ubicada en el hipogastrio, que a veces alcanza una tumoración de mediano o gran tamaño, hasta el ombligo, de consistencia dura, dolorosa, redondeada, fija o desplazable y que generalmente se comprueba con un cuidadoso tacto rectal.

Vómitos

Solo el 40% de las enfermas presentaron vómitos y siempre estuvo acompañando a las crisis dolorosas.

Fiebre-Disuria-Constipación

Sólo se encontró en una enferma.

Mal estudio general

Se describe en la enferma portadora de disgerminoma, tumor maligno que terminó con la vida de la paciente en corto período.

Diagnóstico pre-operatorio (Tabla 3)

El diagnóstico de T. o Q. O. se planteó en 14 de 22 enfermas (63,6%). En 6 casos se hizo el diagnóstico de apendicitis aguda o plastrón apendicular (27,2%), siendo con este cuadro con el que se plantea con mayor frecuencia el diagnóstico diferencial. Los otros diagnósticos de ingreso fueron: tumor abdominal (1 caso), quiste abdominal (1), sarcoma abdominal (1). Es decir, en 20 de 22 casos se planteó el diagnóstico de tumor o quiste en el primer momento.

Tabla 3

Diagnóstico preoperatorio	Nº de casos
Quiste ovárico	14
Apendicitis ag.	6
Tumor abdominal	4
Quiste abdominal	1
Sarcoma abdominal	1
Embarazo	1
Hidrometra	1

Tiempo de evolución de los síntomas (Tabla 4)

Los síntomas de 2 enfermas (1 T. y 1 Q.) tenían menos de 12 horas de evolución al consultar. El mayor número de casos tenía sintomatología de varios días de evolución.

Tabla 4

Tiempo de evolución de los síntomas	Nº de casos	
	T	Q
Horas	1	1
Días	6	6
Meses	6	
Ignorado	2	

Operación efectuada (Tabla 5)

En 15 de los 22 casos (68,2%), la intervención quirúrgica constituyó una "urgencia", efectuándose la operación en las primeras 24 horas del ingreso. De estos, 10 eran tumores y 5 quistes. En la intervención de estos 15 casos, en 11 (73%) se comprobó la existencia de una o más complicaciones.

Tabla 5

<i>Operación efectuada</i>	<i>Nº de casos</i>	
	<i>T</i>	<i>Q</i>
Salpingo-Ooforectomía	13	1
Ooforectomía	2	4
Quistectomía		1
Apendicectomía	5	3

Laparotomías (Tabla 6)

De elección se usaron laparotomías transversales, predominando la de Pfannenstiel que da un excelente campo operatorio de la zona pelviana. Las laparotomías transversas supra o infra umbilicales, usadas en 15 de 22 casos, permiten una amplia exposición y exploración abdominal, determinando además, menor número de complicaciones de cicatrización.

Tabla 6

<i>Laparotomía</i>	<i>Nº de casos</i>
Pfannenstiel	8
Transversa	7
Mc. Burney	5
Media I. U.	1
Oblicua izq.	1

En 5 casos se usó incisión de Mc Burney y corresponde a enfermas operadas con diagnóstico de Apendicitis aguda, en las que logró extirpar el quiste ampliando la incisión.

Técnica operatoria

El tratamiento quirúrgico de los T. O. consistió en la salpingo-ooforectomía en 13 casos y

la ooforectomía en 2 casos. Estas técnicas constituyen el tratamiento habitual en este tipo de lesiones, criterio conservador, basado en el hecho de que estas lesiones, son poco invasoras y de poca capacidad metastasiante (11).

Evolución

Los 12 teratomas benignos, en que se practicó salpingo-ooforectomía en 10 y ooforectomía en 2, han sido controlados en general por muy poco tiempo, que no va más allá de 9 meses, perdiéndose la mayoría después de 1 mes de control.

De los 3 T. O. malignos operados, en que se practicó salpingo-ooforectomía el único bajo control es la enferma de tumor de células granulosas operada en febrero de 1975 y que a los 9 meses de evolución se encuentra en buenas condiciones.

Una enferma portadora de un disgerminoma del ovario, operada en marzo de 1968, en quien el tumor pesaba 1.750 gr. y se practicó salpingo-ooforectomía, recidivó localmente a los 3 meses, presentando posteriormente metástasis cerebrales que la llevaron rápidamente a la muerte.

La enferma que presentó un linfoma del ovario, se perdió de control después de ser enviada en interconsulta al Instituto de el Radium.

En las enfermas portadoras de quistes foliculares, el tratamiento consistió en la ooforectomía en 4 casos y salpingo-ooforectomía en 1 caso, ambas técnicas no adecuadas a la naturaleza de la lesión, ya que lo indicado en estos casos debió ser la Quistectomía, el drenaje del quiste, la resección en cuña o la marsupialización, tratando de conservar al máximo el tejido ovárico sano.

Complicaciones

Se encontró complicaciones en 15 de 22 casos (68,2%) siendo la torsión la más frecuente. De los 15 T.O. 7 estaban torcidos, y 1 de estos además estaba roto y produjo hemoperitoneo de más de 500 cc., ingresando la enferma con un cuadro de anemia aguda.

No se encontró quistes ováricos torcidos.

En 3 casos de Q.O. se comprobó rotura del quiste, estando 1 de estos casos acompañado de hemoperitoneo moderado.

Un Q.O. operado en un R.N. de 17 días de edad, pesaba 250 gr. y produjo un cuadro de Ostrucción Intestinal que motivó una intervención quirúrgica de urgencia.

RESUMEN

En el período comprendido entre 1962 y 1975, se han intervenido en el Servicio de Cirugía del Hospital de Niños Roberto del Río, 22 casos de tumores y quistes ováricos. De éstos 15 son tumores, 12 teratomas benignos y 3 tumores malignos, (1 disgerminoma, 1 tumor de células granulosas y 1 linfoma).

Quiste ovárico se encontró en 7 casos.

Se analizan la distribución por edades, el cuadro clínico, la oportunidad y certeza del diagnóstico, el tratamiento efectuado y las complicaciones.

Fallecidos 2: 1 linfoma y 1 disgerminoma.

SUMMARY

The experience about Ovarian Cyst and Tumors, within the years 1962-1975, in the Pediatric Surgery Unit at the Roberto del Río Children's Hospital, is analyzed.

In the last thirteen years 22 girls were operated with the above clinical diagnosis, that was afterwards confirmed in all the cases by the pathologist. All the patient were under 14 years old, and most of them between 8 and 12 years old. The youngest was 17 days old.

The clinical picture was characterized by a great mass in the lower abdomen, and intense colic pain located in the same area, specially in the right iliac fossa.

This symptomatologic induced to an emergency operation in 15 patients, the preoperative diagnosis was most of the cases correct,

with the only exception of confusion with acute appendicitis. Most of the tumors were complicated by torsion and subsequent hemorrhage and hemoperitoneum.

The postoperative study of the 22 cases, showed 15 tumors and 7 ovarian cyst of the tumors 12 were benign teratomas, and 3 malignant tumors (1 dysgerminoma, 1 lymphoma, and 1 granuloma cell tumors).

Two girls died, both with malignant tumors (dysgerminoma and lymphoma).

The surgical procedure consists in laparotomy with resection of the cyst or tumors, and ooforectomy in some cases.

REFERENCIAS

1. Towne B. et al. Ovarian Cysts and Tumors in Infancy and Childhood. *J. Pediatr. Surg.* 10: 311, 1975.
2. Arizta R. y A. Gantz. Tumores de Ovario en la Infancia. Tesis 1949. *Arch. Hosp. Roberto del Río.* p. 39, 1952.
3. Espinoza J. y R. Artiga. Tumores del Ovario en la Infancia. *Rev. Chil. Pediatr.* 27: 454, 1956.
4. Novak-Jones. *Ginecología.* 8ª edición. Baltimore. Editorial Interamericana, 1971, p. 448.
5. Williams I. G. Tumores en el Niño. Barcelona. Edit. JIMS, 1973.
6. Ein S. H. Malignant ovarian tumors in children. *J. Pediatr. Surg.* 8: 539, 1973.
7. Pochedly C. and T. Necheles. *Major Problems in Childhood.* Springfield. Ch. C. Thomas Publisher, 1973.
8. Sutow W. et al. *Clinical Pediatric Oncology.* Saint Louis. C. V. Mosby Company, 1973.
9. Duckert J. et al. Ovarian Tumors. *Seminars Oncology* 1: 74, 1974.
10. Villagrán G. Quiste Ovárico en un Neonato. *Rev. Chil. Pediatr.* 14: 199, 1971.
11. Harris H. Rational surgery for tumor of the ovary in children. *J. Pediatr. Surg.* 9: 289, 1974.